

## コミュニティ・オリエンテーションに関する文献レビュー

田辺 幸子<sup>1</sup>, 柳澤 理子<sup>2</sup>

## Literature Review : Community Orientation

Sachiko Tanabe<sup>1</sup>, Satoko Yanagisawa<sup>2</sup>

This article aimed to review concepts and structures, measurement instruments, and related factors and outcomes in regard to community orientation. Twenty articles were analysed after being retrieved from the CINHAL Plus with Full Text database by using the keywords community orientation and community health orientation, with exclusion criteria of non-English articles and those without a detailed explanation of community orientation. There were two definitions of community orientation. Both included not only individuals and families but also communities to promote and maintain health. Both definitions also stressed understanding community health needs and involvement of community people. One definition applied the concept of market orientation and another was derived from community-oriented primary care. Although the original concepts targeted facilities, services providers, and clients of hospitals, some articles published recently applied community orientation to primary healthcare settings such as health promotion activities. Analysis of related factors of community orientation were mainly focused on systems and structures of hospitals in United States, but not details about health personnel. The analysis suggested that the concept of community orientation is applicable to the Integrated Community Care System and Community Medical Care Vision in Japan, both of which aim to expand health and medical services from hospitals to community settings. Further research is required to identify comprehensive structures and measurement instruments of community orientation for primary healthcare settings.

本稿の目的は、コミュニティ・オリエンテーションについて、概念、測定方法、関連要因・アウトカムを文献から概観することである。community orientation, community health orientationを検索語として英語文献を検索し、20文献を対象に検討を行った。2つの定義があり、両定義ともに健康を維持・増進するためには個人・家族のみではなく、地域全体を視野に入れる必要性が述べられていた。研究の対象は医療施設や医療従事者が主であったが、一部はプライマリ・ヘルスケア分野にも応用されていた。関連要因やアウトカムは米国病院組織の体制については詳細があるが、その他は限定的であった。日本においても地域包括ケアシステムや地域医療構想が進行する中で、コミュニティ・オリエンテーションの概念は有用であり、今後研究が進むことが期待される。また、プライマリ・ヘルスケア分野において総合的な構造の解明や尺度開発を行うことにより、人材開発にも貢献できると考える。

キーワード：コミュニティ・オリエンテーション, 健康増進活動, プライマリ・ケア, ニーズアセスメント, 文献レビュー

<sup>1</sup>愛知県立大学大学院看護学研究科, <sup>2</sup>愛知県立大学看護学部（公衆衛生・地域・在宅看護学）

## I はじめに

地域住民の健康を維持・増進するために地域の健康ニーズに基づいて活動を行う重要性は以前から広く認められており、これらの活動に関する概念やモデルは多く存在する<sup>1)-3)</sup>。その一つとしてコミュニティ・オリエンテーションがあり、「保健・病院組織が地域の健康を守るために他組織と協力して行う一連の活動であり、組織全体で地域の健康ニーズに関する情報を創出、共有、活用すること」と定義されている<sup>4)</sup>。Muldoonら<sup>5)</sup>は、医療サービス提供者が地域を理解すると共にパートナーシップを維持しながら健康に影響を及ぼす社会的・環境的要因を分析し、対策を講じるために、コミュニティ・オリエンテーションが重要であると述べている。

コミュニティ・オリエンテーションは、病院の地域志向性として米国で発展してきた概念である。病院は従来、急性期疾患患者を中心とした個人に対するサービスを志向してきた。しかし、病院周囲の地域の健康ニーズを知り、それに対応したサービスを提供することがより多くの患者を引き付け、病院の費用対効果を高める上で重要であるとの認識が広がり、医療機関のコミュニティ・オリエンテーションは拡大してきた。

その背景には、米国病院協会（American Hospital Association）が1990年代に打ち出した、地域の保健医療施設が連携して切れ目のない継続的なサービスを提供するというCommunity Care Networks (CCN) に始まる地域へのケア提供に焦点を当てる考え方や、地域の健康増進に貢献しない病院の免税に疑問を呈する市民グループの活動などがあり、2000年には、病院の60%は地域のニーズアセスメントをして、その結果を病院のサービス提供計画に活用していたと言われている<sup>6)</sup>。このような流れを受けてProenca<sup>4)</sup>は、コミュニティ・オリエンテーションの概念をまとめ、これ以降、コミュニティ・オリエンテーションという概念が広がっていった。

日本においては平成26年に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」によって地域包括ケアシステムの構築や都道府県による地域医療構想の策定が推進されるようになり<sup>7)</sup>、コミュニティ・オリエンテーションの考え方は日本の保健医療機関でも重要になってくるものと思われる。

そこで本研究では、コミュニティ・オリエンテーショ

ンについて、1 概念、2 測定方法、3 関連要因・アウトカムを文献から概観することを目的とする。

## II 研究方法

平成26年12月にCINAHL Plus with Full Textを使用し、コミュニティ・オリエンテーションに関する文献検索を行った。検索語はcommunity orientation, community health orientationを用い、完全一致検索とした。community health orientationを検索に含めた理由は、コミュニティ・ヘルス・オリエンテーション（コミュニティ・オリエンテーション）と記述し、2つを同様の意味で用いている文献<sup>8)</sup>が見られたためである。採択基準は抄録がある文献、英語文献とし、日本国内で取り寄せ可能なものとした。また、オピニオン、ニュースリリース、報告、ケーススタディ、本文中にcommunity orientationの用語が一度も使われていないもの、用語としては使用されているがその内容については言及していないものを除外の対象とした。その結果、抽出された31文献の中で12件が除外となった。関連のある19件に関して、目的の3項目に沿って検討を行った。その過程で、年代が古いため上述の検索では抽出されなかったが、コミュニティ・オリエンテーションの測定方法に関する論文があることが引用文献からわかったため、この1件を加え、計20件の論文に関して検討を行った。

## III 結 果

### 1. コミュニティ・オリエンテーションに関する研究の概要

抽出された20文献中、最も古いものは1975年であり<sup>32)</sup>、最新は2014年であった<sup>9)</sup>。量的研究16件、質的研究3件、混合研究法（mixed methods）1件であった。量的研究は、病院事業に関する研究8件<sup>8)-15)</sup>、特定の保健課題に関する研究6件<sup>16)-21)</sup>、保健システムに関する国際比較1件<sup>22)</sup>、コミュニティ・オリエンテーションの指標開発1件<sup>32)</sup>であった。

上記に示した病院事業に関する研究8件に関しては、6件<sup>8)-12)14)</sup>は米国急性期病院における体制や実施状況に関する分析であった。その内容は、地域利益法/ガイドラインの影響・効果を分析した研究が3件<sup>8)10)11)</sup>、経営形態の違いによるコミュニティ・オリエンテーションの違いを分析した研究が2件<sup>9)14)</sup>、コミュニティ・オリエン

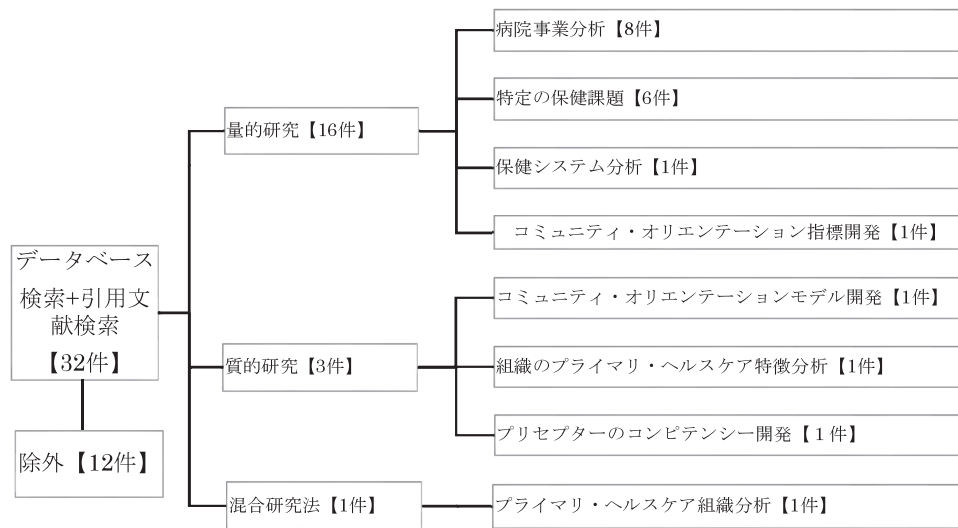


図1 コミュニティ・オリエンテーションに関する文献検索結果

テーションとヘルスプロモーション活動との関連を分析した研究が1件<sup>12)</sup>であった。残り2件は、いずれも台湾における外来ケアの質を分析した調査であった<sup>13)15)</sup>。

特定の保健課題に関する研究6件の内容は、ブラジルの結核分野のプライマリ・ヘルスケア活動に関する分析<sup>16)</sup>、英国の高齢者精神科領域の事業分析<sup>17)</sup>、ブラジリアマゾン州のマラリア事業に関するプライマリ・ヘルスケア活動に関する分析<sup>18)</sup>、米国南キャロライナ医療大学成人プライマリ・ケア・センターのⅡ型糖尿病患者を対象とした介入調査<sup>19)~21)</sup>の分析であった。

質的研究は、文献検討によるコミュニティ・オリエンテーションモデルの検討<sup>4)</sup>、ブラジルのヘルスケア・システムにおけるプリセプターのコンピテンシーをデルファイ法により開発した研究<sup>23)</sup>、カナダオンタリオ州のプライマリ・ヘルスケア組織の特徴をデルファイ法により分析した研究<sup>24)</sup>であった。

混合研究法はカナダオンタリオ州のプライマリ・ヘルスケア4団体の組織モデルを質問紙及びインタビューにより分析した研究<sup>5)</sup>であった。

コミュニティ・オリエンテーションに焦点を当てているかどうかで20件の文献を比較すると、コミュニティ・オリエンテーションを中心課題としている文献は10件<sup>4)5)8)~12)14)16)32)</sup>であり、研究課題の一部として使用されている文献は10件<sup>13)15)17)~24)</sup>であった。文献検索結果の概略を図1に示す。

## 2. コミュニティ・オリエンテーションの概念

前述したProencaによるコミュニティ・オリエンテーションの概念は、「顧客のニーズを理解して満足を得る最良の方法は顧客の近くで情報を収集、共有、対応することが重要である」というマーケット・オリエンテーションの基本理念<sup>25)</sup>を保健・医療組織に適応したものである<sup>4)</sup>。Proencaは、保健施設におけるコミュニティ・オリエンテーションを図2に示すように、前提と結果を含めた構造として提示した。

他にもStarfieldら<sup>26)</sup>及びShiら<sup>27)</sup>による定義がある(表1)。2つの定義は共に米国において同年代に作成されたものであるが、基盤に用いた概念が異なっている。Starfield及びShiらによるコミュニティ・オリエンテーションは、コミュニティ・オリエンテッド・プライマリ・ケア(以下、COPCとする)を基に作られた概念である。COPCとは、システム化されたヘルスケアの取り組みであり、疫学、プライマリ・ケア、予防医学、ヘルスプロモーションの原則に則っており<sup>28)</sup>、ニーズが明らかになっている患者個人や家族だけでなく、潜在的なニーズのある地域の人々やニーズに影響を及ぼす地域の状況も考慮してヘルスケアを提供するという概念である<sup>29)</sup>。米国医学研究所(Institute of Medicine)は、COPCには以下4つのプロセスがあるとしている<sup>30)</sup>。1) 地域の特徴の明確化、2) 地域の健康問題の描写、3) ヘルスケア・プログラムの修正、4) 修正されたプログラムのモニタリング。COPCから発展したコミュニティ・オリエンテーションは、Starfieldら<sup>26)</sup>によって「地域のニーズに

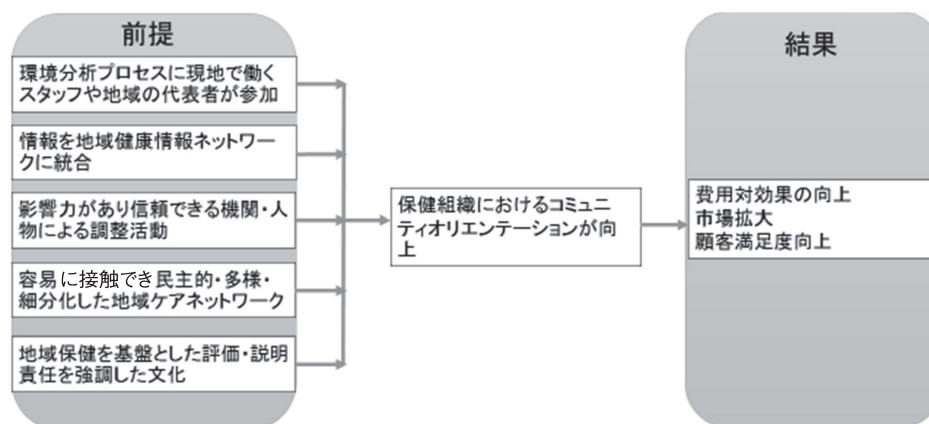


図2 保健組織におけるコミュニティ・オリエンテーションの前提と結果

E. Jose Proenca: Community Orientation in Health Services Organizations: The Concept and Its Implementation, Health Care Manage Review. 23(2): 33, 1998

表1 コミュニティ・オリエンテーションの定義

出典 (年)	定義
Starfield et al. (1998), Shi et al. (2001)	地域のニーズに関する医療提供者の知識と地域での関与
Proenca (1998)	保健・病院組織が地域の健康を守るために他組織と協力して行う一連の活動であり、現在及び将来の地域健康ニーズに対応するために組織全体で地域の健康ニーズに関する情報を創出、共有、活用すること

関する医療提供者の知識と地域での関与」と定義されており、Shiら<sup>27)</sup>もこの定義を用いている。

質的研究においてコミュニティ・オリエンテーションの特徴を明らかにした研究も見られた。Rodrigues及びWitt<sup>23)</sup>はブラジルのヘルスケア・システムにおけるプリセプターのコンピテンシーをデルファイ法により開発した。その9領域の一つにコミュニティ・オリエンテーションがあり、内容は1) 学生が地域の知見を持って集団の問題とニーズを分析できるように指導、2) 学生が健康に深く関わるために地域との連携を活用、3) 他組織との連携の可能性を認識であった。Haggeryら<sup>24)</sup>は、カナダのプライマリ・ヘルスケアの実践的定義をデルファイ法により開発した。5領域の一つにコミュニティ・オリエンテーションがあり、その内容は利用者・地域の参加増進、公平性、集団志向性 (population orientation)、他領域との協働であった。

### 3. コミュニティ・オリエンテーションの測定方法

コミュニティ・オリエンテーションには、複数の測定方法が開発されている (表2)。抽出された20件の文献の中で使用されていた測定用具は、プライマリ・ケア・

アセスメント・ツール (以下、PCATとする) が8件<sup>5)13)15)16)18)~21)</sup> (PCAT修正版を含む) と最も多く、続いて米国病院協会年次調査が6件であった<sup>8)~12)14)</sup>。この他に研究者が独自に開発した指標も見られた<sup>17)22)32)</sup>。

PCATはプライマリ・ケアの質を評価することを目的として開発され<sup>31)</sup>、コミュニティ・オリエンテーションを含む7領域から構成されている<sup>26)27)</sup>。利用者用、施設用、サービス提供者用があり、1995年にフロリダの小児・思春期版利用者・サービス提供者調査において指標の有効性が確認され、1998年、1999年と小児及び成人を対象としても有効性が確認された。カナダ、ブラジル、韓国、中国等でシステムや文化の違いに応じて応用版が開発されている<sup>33)</sup>。大人版PCAT (利用者対象) のコミュニティ・オリエンテーションの領域は以下3項目となっている<sup>26)27)</sup>。1) 家庭訪問の実施、2) 医師が患者の周辺住民の健康問題を認識しているか、3) より良いケアを提供するために人々から意見/アイデアを聴取する方法。

PCATはサービス提供者個人を対象に含んでいるが、情報収集について尋ねており、予防・健康増進に関する地域保健活動全体を尋ねていないのではない。

米国病院協会年次調査は、米国病院協会が全米の病院



表2 コミュニティ・オリエンテーションの尺度・調査指標

調査・尺度	作成者	内容（測定方法）・対象
Primary Care Assessment Tool	Johns Hopkins Primary Care Policy Center	医療提供者の地域に関する知識3項目5質問（4リッカートスケール） 医療提供者・患者
American Hospital Association Annual Survey	American Hospital Association (1997/2007)	医療機関の体制および実施13項目（有・無） 医療機関
Community Health Orientation Scale	Murphy (1975)	コミュニティ・オリエンテーションの厳守の程度7領域41項目（記載なし） 保健従事者
OECD加盟国のプライマリ・ケアシステム分析	Machinkoら（2003）	対象国の地域データ活用および政策策定等への地域の参加2項目（0～2点） OECD加盟国
英国高齢者精神科事業に関する調査	Challisら（2002）	初期評価の場所とフォローアップ訪問（場所）、高齢者精神科チームとナーシングホームとの連携3項目（有・無） 高齢者精神科医

を対象として毎年行っている調査である。州の一部で地域利益法/ガイドラインが制定されたのを機に1994年から開始された。コミュニティ・オリエンテーションに関する情報は9項目<sup>10)</sup>、2007年からは13項目である<sup>9)</sup>。

米国協会年次調査は病院施設の体制や他組織との協働に関するものであり、個人には応用できない項目が多い。

独自に開発した指標は3件であった。Murphy<sup>32)</sup>は、1970年代前半の米国の地域保健課題7領域に関する医療従事者の志向性を測定することを目的としてコミュニティ・ヘルス・オリエンテーション尺度（以下、CHOSとする）を開発した。しかし、領域の中には事前支払制度等、当時の米国独自の保健課題で他国に応用できない領域が見られる。また、IT関連の低い下位因子があり、Murphy自身が指摘するように構成概念妥当性の検討が必要であり、CHOSを用いた研究は確認できない。Machinkoら<sup>22)</sup>は、PCATを応用し、OECD加盟国中18か国のプライマリ・ケアシステム分析におけるコミュニティ・オリエンテーションの指標を、1)調査対象国が地域のデータを政策に活用している、2)地域のメンバーがプライマリ・ケア管理または優先順位の設定に参加する、の2項目とし、その程度を0～2点で評価した。また、Challisら<sup>17)</sup>は英国高齢者精神科事業に関する質問紙調査において、コミュニティ・オリエンテーションの指標を、1)初期評価の場所、2)フォローアップ家庭訪問の有無、3)高齢者精神科チームとナーシングホームとの連携、の3項目で測定した。いずれも他の論文では使用されていない独自の指標であった。

以上のように、測定方法は複数あるが、概念の項で示したプリセプターのような保健医療従事者個人の志向性

を予防・健康増進活動にまで拡大して測定する尺度はまだ作られていない。

#### 4. コミュニティ・オリエンテーションのアウトカム及び関連要因

コミュニティ・オリエンテーションを中心課題としている量的研究の対象、尺度、アウトカム・関連要因を表3に示した。記述疫学的分析のみで関連要因が明らかになっていない文献も見られた。その他の文献も介入研究を除いては横断研究が多く、因果関係が明らかになっていないものが多かった。

関連要因の内容は、かかりつけ医の有無、施設の種類、保健指導の方法や医師の専門分野による違いが検討されていた。コミュニティ・オリエンテーション得点で比較すると、かかりつけ医のある利用者はない利用者よりも<sup>13)</sup>、集団指導及び個別指導を定期的に行った糖尿病患者は通常ケアを受けた糖尿病患者よりも<sup>19)・21)</sup>、プライマリ・ケア外来受診者は専門外来受診者よりも<sup>15)</sup>得点があり高く、プライマリ・ヘルスケア施設の事業形態により得点があり異なる<sup>5)</sup>ことが明らかになった。

米国医療施設におけるコミュニティ・オリエンテーション活動に関しては、地域利益法/ガイドラインの影響の有無に拘わらず非営利型病院であることが関連していた<sup>8)</sup>。また、経営タイプにより有意差が見られた<sup>11)</sup>。縦断調査では、地域利益法/ガイドラインの有無によるコミュニティ・オリエンテーションの経年的変化は、非営利型病院では有意差が認められず、営利型病院のみに有意差が見られた<sup>11)</sup>。

この他には、模倣的同形化（他組織をまねること）の

表3 コミュニティ・オリエンテーション（量的研究）：対象、尺度、関連要因・アウトカム

文献	対象	尺度・指標	関連要因/アウトカム
Ginn et al. (2009) <sup>10</sup>	米国投資者所有型・非営利型急性期病院2,214施設	1994/2006 米国病院協会年次調査	模倣的同型化（他の病院をまねる）傾向※1
Ginn et al. (2006) <sup>8</sup>	米国投資者所有型・非営利型急性期病院3,248施設	2000米国病院協会年次調査	正の関連：非営利病院、マネージドケアの影響の程度、ベッド数、病院ネットワーク組織への参加 負の関連：乳幼児死亡率、65歳以上人口割合
Ginn et al. (2009) <sup>11</sup>	米国1994年地域利益法のある9州519施設 2006年地域利益法のない2,208施設	1994/2006米国病院協会年次調査	非営利型病院の地域利益法/ガイドラインの有無による経年的変化は有意差なし、投資者所有型病院は有意差あり 病院の経営タイプ（非営利病院か投資者所有型病院か）
Oliveira et al. (2009) <sup>16</sup>	ブラジルSan Jose do Rio Preto市結核プログラム参加中の結核患者108人	PCATブラジル結核ケア版	関連要因の記述なし
Ginn et al. (2004) <sup>12</sup>	米国非州立・非国立急性期病院3,106施設	2000年米国病院協会年次調査※1[ST3]	病院単独ヘルスプロモーション活動 共同ヘルスプロモーション活動
Muldoon et al. (2010) <sup>5</sup>	カナダオンタリオ州プライマリ・ケア137施設と363サービス提供者	PCAT成人版	施設の種類（コミュニティ・ヘルス・センターが最も高得点）
Ferdinand et al. (2014) <sup>9</sup>	米国非国立一般医療・急性期外科病院合計46,187施設（2000～2009年の累計）	2000-2009年米国病院協会年次調査	経営タイプ（宗教母体病院が最も高得点）、病院ネットワーク組織への参加、教育病院、ベッド数、都市病院、メディケア患者の割合
Tsai et al. (2010) <sup>13</sup>	台湾Taichung地区施設医を受診した成人及び小児879名	PCAT成人・小児版7領域（コミュニティ・オリエンテーション3項目）	かかりつけ医の利用
Alexander et al. (2009) <sup>14</sup>	米国テキサス州・フロリダ州・カリフォルニア州全地域病院973施設	1996-2003年米国病院協会年次調査	病院ネットワーク組織への参加の有無と病院規模 州による違い
Challis et al. (2002) <sup>17</sup>	英国精神医科大学・高齢者学部地域代表者名簿にある438名（回答者318名）	筆者作成の質問紙（コミュニティ・オリエンテーション2項目3質問）	関連要因の記述なし
Tsai et al. (2010) <sup>15</sup>	台湾Taichung地区外来ケア受診者646名	PCAT成人・小児版7領域（コミュニティ・オリエンテーション3項目）	プライマリ・ケア受診者（専門ケア受診者に対して）、健康状態が比較的良いと認識、付加的保険加入
Ferreira et al. (2011) <sup>18</sup>	ブラジリアマゾン地域18歳以上のマラリア罹患患者271名	PCAT5領域を基に独自に作成した質問紙24項目	関連要因の記述なし
Clancy et al. (2007) <sup>19</sup>	南カロライナ保険未加入人口の多い地域の18歳以上のⅡ型糖尿病患者186名	PCAT DLC7領域コミュニティ・オリエンテーション3項目	集団指導・個別相談への参加（通常ケアに対して）
Macinko et al. (2003) <sup>22</sup>	OECD加盟18か国	独自に作成したプライマリ・ケア質問紙中コミュニティ・オリエンテーション1項目	関連要因の記述なし
Clancy et al. (2003) <sup>20</sup>	南キャロライナ医療大学成人プライマリ・ケア・センター保険未加入人口の多い地域の18歳以上のⅡ型糖尿病患者120名	PCAT DLC7領域コミュニティ・オリエンテーション3項目	集団指導・個別相談への参加（通常ケアに対して）
Clancy et al. (2003) <sup>21</sup>	上記（20）と同様	上記（20）と同様	上記（20）と同様

※1：米国病院協会年次調査から8項目及びMalcolm Baldrige自己評価指標（顧客や他組織との協働に関する指標）2項目

程度<sup>10)</sup>、マネージドケアの影響の程度<sup>8)</sup>、メディケア患者の割合<sup>9)</sup>、ベッド数<sup>8)9)</sup>、病院ネットワーク組織への加盟の有無<sup>8)9)</sup>、地域の乳幼児死亡率<sup>8)</sup>、65歳以上の人口割合<sup>8)</sup>などもコミュニティ・オリエンテーションと関連していた。

アウトカムについては、1件で記されており、コミュニティ・ヘルス・オリエンテーション（米国病院協会年次調査のコミュニティ・オリエンテーション6項目）及びコミュニティ・ベースト・クオリティ・オリエンター

ション（米国病院協会年次調査のコミュニティ・オリエンテーション3項目にBaldrigeクライテリア2項目を加えたもの）は、共に病院単独ヘルスプロモーション活動及び共同ヘルスプロモーション活動と有意に正の相関を示した<sup>12)</sup>。

他にアウトカムが測定されている研究は見当たらなかったが、Starfieldら<sup>26)</sup>はコミュニティ・オリエンテーションを含めたPCATの目的を「ケアの構造と過程を測定してプライマリ・ケア・サービスの質を向上させること」としており、Proenca<sup>4)</sup>は「費用対効果、市場シェア、関係者満足度の向上」と述べている。このことから、コミュニティ・オリエンテーションが向上することによるアウトカムは、病院等のヘルスプロモーション活動を始めとする保健医療サービスの質と利用者満足度の向上、組織運営の費用対効果の改善、営利保健医療組織においては市場シェアの拡大であると言えるであろう。

#### IV 考 察

本研究では、コミュニティ・オリエンテーションの概念、測定方法、関連要因に焦点を当て、文献から検討した。

コミュニティ・オリエンテーションについて汎用されている定義は、Starfieldらを始めとする定義とProencaによる定義の2つであった。両定義は地域のニーズに関する理解と地域との関係強化という点で一致しており、コミュニティ・オリエンテーションは、保健医療組織による地域の理解と地域との協働という少なくとも二つの側面を持っていると言える。

相違点としては、第一に、Starfieldらの定義はCOPCの概念に基づいており、コミュニティ・オリエンテーションをプライマリ・ケアの一部として定義している。これに対して、Proencaはマーケット・オリエンテーションの概念を地域保健管理に應用している。第二に、Starfieldらの定義はケア提供者個人も対象としているのに対し、Proencaは保健医療組織を対象としている。第三に、Starfieldらは領域を地域ニーズの理解に留め、文化の理解、利便性等はPCATの他の領域に含めている。これに対してProencaはコミュニティ・オリエンテーションを活動とし、情報の創出から活用、即ちコミュニティの情報を収集し、活用しやすいように情報を加工し、それを基に活動を計画し実施・評価するまでを包括的に含めている。また、必要な能力にも言及している。第四に、

Starfieldらはコミュニティ・オリエンテーションを含めたPCATの目的をケアの構造と過程を測定することによるプライマリ・ケア・サービスの質を向上させることとしているのに対し、Proencaは費用対効果、市場シェア、関係者満足度の向上と述べており、アウトカムの焦点が異なっている。

Starfieldらの定義を引用した研究は、健康課題や文化・言語の違いに応じて多くの言語に翻訳され、妥当性と多国間での利用可能性が示されてきた。

日本においては、コミュニティ・オリエンテーションが総合診療医のコンピテンシーの一つとして挙げられているが<sup>34)</sup>、評価指標を用いて測定した研究は確認できない。しかし、日本においても医療介護総合確保推進法の成立によって、地域包括ケアシステムの構築や都道府県による地域医療構想の策定が方向づけられた。これにより、医療機関は地域において自施設が果たす役割を明確にする必要に迫られており、急性期、慢性期、回復期などの機能を選択する医療機関は、近隣の保健医療福祉組織と連携しながら地域の医療ニーズに対応していくことが求められている。したがって、コミュニティ・オリエンテーションの考え方は今後、日本の保健医療機関でも重要になってくるものと思われる。日本におけるコミュニティ・オリエンテーション研究が行われることが期待される。

コミュニティ・オリエンテーションの研究対象は、病院施設や医療提供者が多いものの、一部はプライマリ・ヘルスケアの実践にも応用されていた<sup>16)18)</sup>。質的調査においてもプライマリ・ヘルスケアの実践にコミュニティ・オリエンテーションを含んだ研究が見られた<sup>23)-24)</sup>。Gofin及びGofin<sup>35)</sup>は、コミュニティに根ざしたプライマリ・ヘルスケアの実践にコミュニティ・オリエンテーションが決定因子である可能性を示唆している。Haggertyら<sup>24)</sup>及びHarzheimら<sup>31)</sup>もプライマリ・ヘルスケア専門家特有の性質の一つとして、コミュニティ・オリエンテーション（またはポピュレーション・オリエンテーション）を挙げている。Rodriguesら<sup>23)</sup>は、ブラジルのヘルスケア専門職のコンピテンシーにコミュニティ・オリエンテーションを含めた。以上より、コミュニティ・オリエンテーションは病院施設や医療従事者のみではなく、健康増進活動まで行う地域保健の専門職にとっても重要である。

専門職を対象としたコミュニティ・オリエンテーションの評価方法は、ニーズの把握に関する実践行動を問う

項目のみであり、志向性を問う指標<sup>32)</sup>は有効性の検証が不十分であった。Haggertyら<sup>24)</sup>は、コミュニティ・オリエンテーションの一つに公平性があると述べている。また、Proenca<sup>4)</sup>は、コミュニティ・オリエンテーションには、地域の出来事や傾向を追跡する継続的なプロセスを通して地域について学ぶ能力と、地域組織と密接な関係を生み出し関係を維持・管理していく能力が必要であると述べている<sup>4)</sup>。これらは、単に知識の有無や程度のみでは実践を判断できず、地域の人々や健康に対する認識、職務に対する考えなどの志向性や態度が複雑に影響していると考えられる。今後は、コミュニティ・オリエンテーションの実践行動のみではなく、志向性や態度に関しても構造や測定用具を開発することにより、より多角的にコミュニティ・オリエンテーションを捉えることができ、専門職としての能力開発にも活用できると考える。

このような測定用具の開発は、コミュニティ・オリエンテーションの関連要因やアウトカムを検討する上でも役立つ。本研究で探索したコミュニティ・オリエンテーションの関連要因は、医療機関に関する関連要因がほとんどであり、またアウトカムを測定したものは1件しか見出せなかった<sup>12)</sup>。組織を調査単位とする研究では、回答者である病院管理者や幹部と、実際に患者や住民に接している職員との意識が異なることをしばしば経験する。専門職個人を対象とした研究が進むことで、このようなギャップを克服し、組織のコミュニティ・オリエンテーションの現状と課題をより明確にしていくことにつながるものと思われる。

## V 結 論

本研究は、コミュニティ・オリエンテーションに関する文献から、その定義、測定方法、関連要因とアウトカムを明らかにした。コミュニティ・オリエンテーションには2つの定義があるが、いずれも地域のニーズに関する理解と地域との協働を述べており、ヘルスプロモーション活動などプライマリ・ヘルスケア分野にも応用されていた。しかし、関連要因やアウトカムに関する知見は限定的で、今後より総合的な構造の解明や尺度開発が必要である。日本においても、地域包括ケアシステムや地域医療構想が進行する中で、コミュニティ・オリエンテーションの概念は有用であり、今後研究が進むことが期待される。

## 文 献

- 1) Green LW, Kreuter MW.: Health program planning: An educational and ecological approach, McGraw-Hill New York; 2005.
- 2) Anderson ET, McFarlane JM.: Community as partner: Theory and practice in nursing, Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia; 2010.
- 3) Hanson P.: Citizen Involvement in Community Health Promotion: A Role Application of CDC's PATCH: Model, International quarterly of community health education. 9(3): 177-186, 1988.
- 4) Proenca EJ.: Community orientation in health services organizations: The concept and its implementation, Health Care Management Review. 23(2): 28-38, 1998;.
- 5) Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russell G, Shortt M.: Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study, Can Fam Physician. 56(7): 676-683, 2010.
- 6) Proenca EJ, Rosko MD, Zinn JS.: Community orientation in hospitals: an institutional and resource dependence perspective, Health Services Researc.. 35(5 Pt 1): 1011, 2000
- 7) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム (2015).: Available at: [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/). (2015年9月22日アクセス)
- 8) Ginn GO, Moseley CB.: The impact of state community benefit laws on the community health orientation and health promotion services of hospitals, J Health Polit Policy Law. 31(2): 321-344, 2006.
- 9) Ferdinand AO, Epane JP, Menachemi N.: Community benefits provided by religious, other non-profit, and for-profit hospitals: a longitudinal analysis 2000-2009, Health Care Manage Rev. 39(2): 145-153, 2014.
- 10) Ginn GO, Shen JJ, Moseley CB.: Community orientation and the strategic posture of hospitals, Hosp Top. 87(3): 11-17, 2009.
- 11) Ginn GO, Shen JJ, Moseley CB.: Community be-



- nefit laws, hospital ownership, community orientation activities, and health promotion services, *Health Care Manage Rev.* 34(2) : 109-118, 2009.
- 12) Ginn GO, Moseley CB.: Community health orientation, community-based quality improvement, and health promotion services in hospitals, *J Healthc Manag.* 49(5) : 293-306, 2004.
- 13) Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA.: Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community, *Med Care.* 48(7) : 628-634, 2010.
- 14) Alexander JA, Young GJ, Weiner BJ, Hearld LR.: How do system-affiliated hospitals fare in providing community benefit? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.* 46(1) : 72-91, 2009.
- 15) Tsai J, Shi L, Yu WL, Hung LM, Lebrun LA.: Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system, *J Am Board Fam Med.* May-Jun 23(3) : 402-412, 2010.
- 16) Oliveira SA, Ruffino Netto A, Villa TC, Vendramini SH, Andrade RL, Scatena LM.: Health services in tuberculosis control: family focus and community orientation, *Rev Lat Am Enfermagem.* 17(3) : 361-367, 2009.
- 17) Challis D, Reilly S, Hughes J, Burns A, Gilchrist H, Wilson K.: Policy, organisation and practice of specialist old age psychiatry in England, *Int J Geriatr Psychiatry.* 17(11) : 1018-1026, 2002.
- 18) Ferreira AC, Suarez-Mutis MC, Campos MR, de Castro CG.: Primary health care in municipalities at high risk for malaria, *Rev Lat Am Enfermagem.* 19(6) : 1281-1288, 2011.
- 19) Clancy DE, Yeager DE, Huang P, Magruder KM.: Further evaluating the acceptability of group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes, *Diabetes Educ.* 33(2) : 309-314, 2007.
- 20) Clancy DE, Cope DW, Magruder KM, Huang P, Salter KH, Fields AW.: Evaluating group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes, *Diabetes Educ.* 29(2) : 292-302, 2003.
- 21) Clancy DE, Brown SB, Magruder KM, Huang P.: Group visits in medically and economically disadvantaged patients with type 2 diabetes and their relationships to clinical outcomes, *Top Health Inf Manage.* 24(1) : 8-14, 2003.
- 22) Macinko J, Starfield B, Shi L.: The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998, *Health Serv Res.* 38(3) : 831-865, 2003.
- 23) Rodrigues CD, Witt RR.: Competencies for preceptorship in the Brazilian health care system, *J Contin Educ Nurs.* 44(11) : 507-515, 2013.
- 24) Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, Santor D.: Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med.* 5(4) : 336-344, 2007.
- 25) Kohli AK, Jaworski BJ.: Market orientation: the construct, research propositions, and managerial implications, *The Journal of Marketing.* : 1-18, 1990.
- 26) Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R.: Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care, *J Fam Pract.* 46(3) : 216-226, 1998.
- 27) Shi L, Starfield B, Xu J.: Validating the Adult Primary Care Assessment Tool, *Journal of Family Practice.* 50(2) : 161-164, 2001.
- 28) Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM.: Community-oriented primary care: historical perspective, *The Journal of the American Board of Family Practice.* 14(1) : 54-63, 2001.
- 29) Center of Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Primary Care Assessment Tool (2015) : [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html). (2015年9月19日アクセス).
- 30) Nutting PA, Wood M, Conner EM.: Community-oriented primary care in the United States: a status report, *JAMA.* 253(12) : 1763-1766, 1985.
- 31) Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Gon-

- calves MR, Trindade TG, Oliveira MM, Pinto ME.: Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil, BMC Health Serv Res. 6: 156, 2006.
- 32) Murphy MJ.: The development of a community health orientation scale, Am J Public Health. 65 (12): 1293–1297, 1975.
- 33) Pasarin MI, Berra S, Gonzalez A, Segura A, Tebe C, Altes AG, Vallverdu I, Starfield B.: Evaluation of primary care: The “Primary Care Assessment Tools-Facility version” for the Spanish health system, Gac Sanit. 27(1): 12–18, 2013.
- 34) 一般社団法人日本専門医機構. 「総合診療専門医に関する委員会」からの報告 (2015). <http://www.japan-senmon-ijp/document/150421.pdf>, 2015年9月19日アクセス可.
- 35) Gofin J, Gofin R.: Essentials of global community health, 62, Jones & Bartlett Learning, Massachusetts: 2010.